UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 – N° 75

A PROPOS DE MILLE TROIS CENTS CAS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

(Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie,
Professeur : J.-J. DUBARRY)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Juin 1954

PAR

Jacques-Bernard-Marcel JANET

Né à Calais (Pas-de-Calais), le 16 Septembre 1927.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBARRY, professeur..... *Président*
FONTAN, professeur.....
VERGER, agrégé..... *Juges*
LAVIGNOLLE, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543913_0014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1954 – N° 75

A PROPOS DE MILLE TROIS CENTS CAS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

(Travail de la Consultation de Gastro-Entérologie,
Professeur : J.-J. DUBARRY)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Juin 1954

PAR

Jacques-Bernard-Marcel JANET

Né à Calais (Pas-de-Calais), le 16 Septembre 1927.

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBARRY, professeur..... *Président*
FONTAN, professeur..... *Juges*
VERGER, agrégé..... *Juges*
LAVIGNOLLE, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J.TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE

	MM.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER, QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN, LENG-LÉVY, LAVIGNOLLE, MORETTI
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGÈRE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER

Le Secrétaire principal de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MA TANTE MARCELLE

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR MORIZOT

AU DOCTEUR QUÉRAUX

A MONSIEUR G. MOULIN

A MES AMIS

EN PARTICULIER :

PIERRE ARTAGNAN, BERNARD DAROTCHÈTCHE

ET GEORGES CASTANET

AU DOCTEUR RUMEAU

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

Que nous remercions de ses conseils et de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

AU DOCTEUR ETIENNE DUBARRY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SIGALAS

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE

DIRECTEUR HONORAIRE DE LA STATION BIOLOGIQUE D'ARCACHON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a orienté vers l'étude de
la gastro-entérologie.
Puisse-t-il trouver ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAVIGNOLLE

AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Dont la bienveillante sympathie nous a été un précieux encouragement au cours de nos études. En témoignage de notre gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. VERGER

AGRÉGÉ DE PUÉRICULTURE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FONTAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-J. DUBARRY

PROFESSEUR D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET CLIMATOLOGIE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Qui nous a fait le grand honneur de nous accepter comme élève, nous a appris par son enseignement quotidien l'amour et la pratique de notre art, et qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail.
Bien faible témoignage de notre très profonde reconnaissance.

A PROPOS DE MILLE TROIS CENTS CAS D'ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

INTRODUCTION

L'aspect clinique, les signes radiologiques et le substratum anatomique des ulcères gastro-duodénaux sont aujourd'hui bien connus. Pourtant, les causes profondes de la maladie ulcéreuse et le mécanisme d'apparition de la lésion locale sont encore discutés et font l'objet de nombreux travaux cliniques et expérimentaux. Ainsi s'explique la variété des médications de fond qui ont été proposées. Certaines sont vite tombées dans l'oubli. D'autres, parfois malgré l'effondrement de l'hypothèse qui leur a donné naissance, ont montré une efficacité indéniable. L'arsenal thérapeutique actuel est suffisant pour que l'on admette que l'ulcère gastro-duodénal est une affection essentiellement médicale. L'intervention chirurgicale n'est plus réservée qu'à certains cas rebelles ou aux complications.

Nous nous proposons ici de voir, par l'étude de 1.300 ulcéreux recrutés dans la clientèle hospitalière et privée du Professeur J.-J. Dubarry, et dans sa consultation de gastro-entérologie de la S. N. C. F., comment la maladie réagit à longue échéance à la thérapeutique médicale, et de quels éléments de pronostic nous disposons pour prévoir le devenir des ulcéreux.

Nous tenons à remercier d'avoir bien voulu nous permettre d'utiliser leurs observations, M. le Professeur Dubarry, qui a inspiré notre travail, et M. le Docteur Rumeau, son assistant à la consultation de la S. N. C. F.

Ces observations ont toutes été prises dans un esprit identique et par les mêmes observateurs. Elles n'ont été retenues que lorsque le diagnostic d'ulcère nous a paru indiscutable sur la foi de clichés multiples pour chaque malade, et pris en toutes positions. Dans certains cas, l'examen gastroscopique, parfois l'intervention chirurgicale, sont venus encore confirmer l'existence et le siège de la lésion. Ont été éliminés les syndromes ulcéreux sans confirmation radiologique ou s'accompagnant seulement d'images de déformation de l'antre et du bulbe non typiques. Ces irrégularités signent le plus souvent une antrobulbite chez un sujet vagotonique.

274 ulcères sont de siège gastrique, le plus souvent sur la portion verticale de la petite courbure, parfois sur l'une des faces (22 cas). Nous n'avons compté les ulcères de la petite courbure horizontale que lorsqu'un recul de temps suffisant permettait de contrôler la bénignité de la lésion. La localisation duodénale s'est retrouvée dans 889 cas, essentiellement bulbaire. 29 malades étaient porteurs de deux ulcères : le plus souvent, l'un était gastrique, l'autre duodénal. Parfois, l'ulcère affectait une localisation plus rare, siégeant tantôt sur la région prépylorique (34 cas) ou pylorique (26 cas), ou même sur la grande courbure gastrique (2 cas), tantôt sur le duodénum, au delà du bulbe (25 cas).

Notons dès maintenant que notre matériel de malades se décompose en deux séries d'un recrutement très différent :

— D'abord, les malades de ville et les consultants de l'hôpital, malades des deux sexes, de tout âge, dont le mode de vie, la profession et le niveau social sont des plus variés. Souvent ces malades ne sont vus qu'après avoir subi divers traitements : parfois ce sont des inquiets, mais fréquemment ils présentent des troubles rebelles;

— D'autre part, les cheminots, plus rapidement dirigés sur la consultation spécialisée; parmi ceux-ci, un nombre infime de femmes, d'enfants et de vieillards; les faibles et

les tarés en sont éliminés par une sélection à l'entrée et des examens annuels pouvant conduire à l'invalidité. C'est donc un groupe homogène d'hommes adultes, d'âge moyen, valides et, bien qu'exerçant de très diverses activités, d'un niveau social relativement comparable.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Un caractère fondamental de la maladie ulcéreuse est son évolution périodique : même en l'absence de toute thérapeutique, une poussée ulcéreuse peut se calmer et le malade demeurer pendant un temps plus ou moins long dans un état de santé parfaite en apparence. Pour apprécier l'efficacité d'un traitement anti-ulcéreux, il ne suffit pas de noter qu'il a pu amener la sédation d'une poussée, sédation qui aurait pu se produire spontanément, mais il est capital de voir si, après plusieurs années, le traitement est parvenu à rompre le rythme, particulier à chaque malade, du retour des poussées.

539 malades ont été suivis pendant une durée de trois à dix-sept ans, de façon suffisamment régulière pour que l'on puisse tirer des conclusions sur le potentiel évolutif de leur affection et les résultats du traitement médical.

Or, 174 d'entre eux (32 %) ont dû être opérés, malgré un traitement médical intense et suffisamment prolongé. Dans 161 cas (30 %), les résultats sont moyens, le traitement médical a rapidement soulagé chaque poussée douloureuse, mais n'a pu empêcher, ni même retarder le retour périodique des troubles. Dans 174 cas (32 %), les résultats sont bons, la thérapeutique a manifestement rompu la périodicité des poussées. Enfin, dans 30 cas excellents (5 %), les troubles ont complètement disparu à la suite du traitement, et nous savons que le malade n'a plus jamais souffert, ceci depuis au moins trois ans; mais il ne doit pas, pour autant, être considéré comme définitivement guéri.

Si l'on fait une étude statistique de ces 539 cas, nous trouvons 133 ulcères gastriques, 386 ulcères duodénaux et 20 ulcères doubles; les résultats thérapeutiques, pour chaque localisation, peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Résultats	U. G.	U. D.	U. doub.	Total	Soit
Mauvais	39	124	11	174	32 %
Moyens	31	125	5	161	30 %
Bons	52	118	4	174	32 %
Excellents	11	19	0	30	5 %
Total	133	386	20	539	

Ainsi, bien que nos 539 malades aient été tous suivis de la même façon, l'activité de la thérapeutique ne s'est pas avérée constante. Nous pouvons nous demander pourquoi, tandis que certains malades n'ont plus jamais souffert, dans d'autres cas, on a dû recourir à une grave intervention chirurgicale pour tenter, parfois en vain, d'enrayer l'évolution.

Cette hétérogénéité des résultats dépend-elle de la différence d'activité entre les divers médicaments employés ?

Voyons, avant d'étudier les effets des différentes médications, quel est le schéma général du traitement utilisé par le Professeur J.-J. Dubarry. Au cours des poussées douloureuses, nos malades ont subi un traitement d'attaque comportant dans tous les cas la prise *per os* de pansements gastriques et d'antispasmodiques, et l'administration, généralement par voie parentérale, d'un médicament à visée pathogénique. Pendant les périodes de calme, le malade continue à être soigné de façon régulière et prolongée, doit prendre successivement des pansements, des antispasmodiques et des vitamines, et subir à intervalles réguliers des séries de consolidation du médicament de fond.

Il est bien entendu que c'est un traitement pratiquement

toujours ambulatoire que nous avons utilisé, n'ayant pas entravé le plus souvent l'activité professionnelle de l'ulcéreux; c'est la raison pour laquelle n'a presque jamais été employée la protéinothérapie de choc, susceptible de déterminer des poussées fébriles.

Chaque fois qu'il a paru exister une affection digestive ou paradigestive associée, celle-ci a été traitée en même temps que l'ulcère. Nous reviendrons sur ce point, à nos yeux très important.

Nous n'insisterons pas sur les médications par la bouche, d'action presque exclusivement symptomatique, visant à protéger la muqueuse, lever les spasmes et calmer les douleurs. Signalons seulement que depuis un an nos malades ont pris, les uns des préparations à base de réglisse, dont l'action antalgique ne semble cependant pas permettre d'abandonner la prescription de bismuth et de belladone, les autres, une préparation associant à un plâtrage gastrique les propriétés cicatrisantes de la chlorophylle.

Nous nous attacherons surtout aux médicaments de fond, à prétention pathogénique, généralement administrés par voie parentérale, et ayant une action d'ordre général.

ULCÈRES TRAITÉS PAR L'HISTAMINE

Plus des deux tiers de nos malades, et notamment presque tous jusque vers 1947, ont été traités par l'histamine, administrée de la façon suivante :

— Généralement en injections sous-cutanées, mais parfois intra-dermiques, de :

Bichlorhydrate d'histamine.... 1/10 de mg
Eau distillée ..... 1 cm³ (1)

— Dans certaines formes particulièrement douloureuses, en injections intra-dermiques, à l'épigastre, selon la formule :

Bichlorhydrate d'histamine.... 1/8 de mg
Chlorhydrate d'histidine ..... 0,04 cg

pour une ampoule de 1 cm³.

— Lorsque l'ulcère survient chez un sujet ayant par ailleurs des manifestations allergiques, en injections sous-cutanées de microdoses progressives de bichlorhydrate d'histamine, du dix-millième de mg au centième de mg.

A ces doses, c'est un médicament d'une parfaite innocuité : aucun malade n'a signalé d'incident dû à l'histaminothérapie, malgré le paradoxe de cette thérapeutique chez l'ulcéreux qui devient hyperhistaminémique au cours des poussées, comme l'ont montré J.-L. Parrot, Ch. Debray et G. Richet quelques années après l'introduction de cette médication dans l'arsenal anti-ulcéreux.

Sur les 539 cas longuement suivis que nous avons retenus, 221 ont reçu de l'histamine, tantôt seule (137 cas), tantôt associée à d'autres médications (84 cas). Dix malades reçurent d'abord de l'histamine, puis, au bout de plusieurs

(1) Formule spécialisée sous le nom d'Hista-Dimilli par le Laboratoire Beytout.

années, celle-ci n'eut plus d'aussi bons effets et fut remplacée par une autre thérapeutique.

Les résultats obtenus par l'histaminothérapie peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Résultats	Seule	Associée	Total	Soit
Mauvais	31	17	48	22 %
Moyens	29	17	46	21 %
Bons	62	39	101	45 %
Excellents	15	11	26	12 %
Total	137	84	221	

Au cours de la poussée d'un ulcère récent, d'intensité moyenne, non compliqué et sans troubles associés, dans 80 % des cas l'histamine amène la disparition des douleurs, généralement entre la troisième et la cinquième injections. Son activité nous paraît s'exercer de façon également efficace sur les ulcères gastriques et duodénaux. Les résultats à longue échéance sont favorables puisque dans plus de la moitié des cas la périodicité des troubles est rompue. Rappelons que nous considérons comme résultats excellents ceux où le malade a été définitivement soulagé et n'a plus jamais présenté de troubles, bien qu'il soit suivi régulièrement depuis au moins trois ans. Nous considérons comme bons les cas où le malade a été rapidement soulagé, et où la périodicité des poussées a été manifestement rompue par la thérapeutique médicale. Les résultats moyens sont ceux où le traitement a soulagé les douleurs, mais a été incapable d'empêcher le retour périodique des troubles. Enfin, ont été classés dans les mauvais, tous les cas où un traitement médical régulièrement suivi et suffisamment prolongé n'a pas permis d'éviter l'intervention chirurgicale.

Mais l'activité thérapeutique de l'histamine a ses limites :

— Dans les ulcères très douloureux, avec vomissements par hyperkinésie gastrique ou sténose spasmodique, l'hista-

mine sous-cutanée est généralement insuffisante, et parfois même quand elle est administrée en injections intradermiques, à l'épigastre;

— Quand l'ulcère est associé à une gastrite, ou compliqué de phénomènes gastritiques, il réagit plus rarement de façon favorable;

— L'ulcère ancien, et à plus forte raison l'ulcère calleux, invétéré, résiste à cette thérapeutique, comme d'ailleurs à la plupart des thérapeutiques médicales.

D'autre part, on doit éviter d'administrer l'histamine aux tuberculeux évolutifs, aux artérioscléreux. Elle semble également contre-indiquée dans les formes hémorragiques des ulcères, en raison des réactions vaso-motrices qu'elle est susceptible de provoquer. Pour cette raison, il n'a jamais été fait de séries de plus de dix injections consécutives, et un intervalle d'une semaine a toujours été ordonné entre deux séries consécutives.

A longue échéance, l'histamine n'a pas, dans l'ensemble, déçu par rapport aux conclusions formulées dans la thèse de Frapin, et aux résultats publiés en 1938 par le Professeur J.-J. Dubarry.

ULCÈRES TRAITÉS PAR LES EXTRAITS GASTRO-DUODÉNAUX

Les indications de l'opothérapie gastro-duodénale semblent tout aussi étendues. Depuis les travaux des auteurs américains, on connaît l'existence d'un principe hormonal inhibiteur de l'activité gastrique, extrait de la muqueuse de la première partie de l'intestin grêle, et dont l'activité expérimentale n'a pas été confirmée cliniquement. Indépendamment de ces travaux, les auteurs suisses ont mis au point un produit qui se différencie du précédent du fait qu'il constitue un extrait total de l'estomac et du grêle, et dont la partie hydrosoluble injectable a été désalbuminée.

Cet extrait de muqueuse gastro-duodénale [1] a été administré à 85 de nos malades, par voie parentérale et orale. Nous n'avons pas un recul de temps comparable à celui dont nous disposons pour juger des effets des autres traitements, mais pour 20 malades suivis minutieusement et suffisamment longtemps, les résultats sont interprétables :

Résultats	Seul	Associé	Total	Soit
Mauvais	1	2	3	15 %
Moyens	4	0	4	20 %
Bons	9	1	10	50 %
Excellents	3	0	3	15 %
Total	17	3	20	

(1) Spécialisé sous le nom de Robuden, par le Laboratoire Robapharm.

Deux tiers des ulcères ont donc été favorablement influencés à longue échéance. Dans quatre cas, l'opothérapie, seul traitement mis en œuvre, a rapidement soulagé les poussées douloureuses. Pour les trois malades ayant obtenu une disparition complète des troubles, la première série d'injections amena en quelques jours la sédation des douleurs et la poussée eut une durée moindre que les précédentes. Par contre, il fallut recourir à une série d'injections intraveineuses d'atropine-bromure pour soulager l'un de nos ulcéreux, que l'opothérapie gastro-duodénale améliora considérablement par la suite. Pour trois ulcères, il n'y eut pas de résultat : deux d'entre eux, de localisation gastrique, résistèrent à d'autres traitements, en particulier à l'oxy-ferriscorbone sodique et à l'atropine, et durent être opérés.

Malgré le petit nombre de cas étudiés, il nous semble possible de dégager de ces résultats quelques précisions sur les indications des extraits gastro-duodénaux :

Ils sont particulièrement actifs sur l'ulcère récent, gastrique ou duodénal, sans troubles associés. Leur pouvoir antalgique est parfois insuffisant à venir à bout des poussées sévères, hyperalgiques, et il est nécessaire d'avoir recours à une thérapeutique visant plus spécialement à agir sur les signes fonctionnels et subjectifs. La présence d'une gastrite rend l'ulcère plus résistant à l'opothérapie. L'ulcère calleux n'est pas influencé.

Chez nos malades, le médicament n'a provoqué aucun incident. Cette sécurité d'emploi le rend particulièrement précieux pour traiter les débilités, les vieillards, les enfants. Dénué d'action vaso-motrice, il peut être appliqué sans inconvénient aux formes hémorragiques, aux tuberculeux pulmonaires, aux scléreux.

Nous croyons donc que, mieux qu'une médication antalgique ou cicatrisante, c'est un traitement de fond agissant sur le « terrain ulcéreux » davantage que sur l'ulcération elle-même. Son utilisation au cours des cures d'entretien de

tout ulcère, même dans les cas où elle n'a pas semblé avoir d'action nette sur la poussée elle-même, nous paraît spécialement justifiée.

N. B. — Nous rappelons que les résultats à longue échéance ont été classés d'après les critères suivants :

Sont considérés comme excellents les cas où, à la suite du traitement, le malade n'a plus jamais souffert et demeure en parfaite santé depuis au moins trois années;

Sont considérés comme bons tous les cas où la périodicité des poussées ulcéreuses a été manifestement rompue par la thérapeutique médicale;

Sont moyens les cas où le traitement, même s'il a soulagé les douleurs, n'a pu empêcher le retour périodique des poussées;

Enfin, ont été classés dans les mauvais tous les cas où le traitement médical, suivi régulièrement et suffisamment prolongé, n'a pas permis d'éviter l'intervention chirurgicale.

ULCÈRES TRAITÉS PAR L'HORMONE PARATHYROÏDIENNE

L'histamine et les extraits gastro-duodénaux permettent de traiter efficacement la plupart des ulcéreux. Nous avons vu, cependant, que certaines formes résistent à ces thérapeutiques. Dans ces cas, il a fallu faire appel à d'autres médications.

Depuis les travaux de Moutier et Camus (1929), on connaît l'action cicatrisante de l'hormone parathyroïdienne sur la muqueuse gastro-duodénale. Notre Maître, le Professeur J.-J. Dubarry, l'utilise dans le traitement de la gastrite et dans le traitement de l'ulcère. Elle est donc particulièrement indiquée quand s'associent aux signes d'ulcère des manifestations gastriques.

Administrée chez nos malades par voie sous-cutanée, généralement à la dose quotidienne de 10 unités cliniques pendant dix jours, comme traitement d'attaque, l'hormone parathyroïdienne [1] a été appliquée à des ulcères sévères ou compliqués de gastrite, et souvent après échec d'autres traitements. Il faut en tenir compte pour interpréter les résultats ci-dessous :

Résultats	Seule	Associée	Total	Soit
Mauvais	2	4	6	21 %
Moyens	2	3	5	17 %
Bons	10	7	17	59 %
Excellents	1	0	1	3 %
Total	15	14	29	

(1) Spécialisée sous le nom de Paratyrone par le Laboratoire Byla.

Bien qu'appliquée à des formes particulièrement tenaces, l'hormone parathyroïdienne a influencé favorablement près de deux tiers des cas. Elle soulage rapidement le malade en poussée douloureuse. Son action antispasmodique est nette. Elle est cependant insuffisante pour calmer certaines poussées hyperalgiques. Parfois, elle provoque des manifestations d'intolérance, éruptions cutanées transitoires, disparaissant après la cessation du traitement. Nous en avons rencontré un cas. Plus souvent, par voie sous-cutanée, elle provoque au point d'injection un placard inflammatoire, probablement par sensibilisation aux protéines du produit; nous avons chaque fois interrompu le traitement.

Sur l'ulcère calleux, elle est sans action.

Arme utile, aux indications précises, l'hormone parathyroïdienne conserve à nos yeux une place de choix dans l'arsenal anti-ulcéreux.

ULCÈRES TRAITÉS PAR L'OXYFERRISCORBONE SODIQUE

Pendant très longtemps, l'ulcère calleux a été considéré comme une affection exclusivement chirurgicale. Le Professeur J.-J. Dubarry, le premier, en 1938, a appliqué à cette forme spéciale une thérapeutique d'abord réservée à la désinfiltration des tumeurs malignes, et les résultats obtenus s'avérèrent remarquables. Il s'agit d'un complexe ferrico-ferroso sodique de l'acide alloxanique, associé à un autre complexe ferrico-ferroso sodique de l'acide déhydro-ascorbique (oxyferriscorbone sodique). Administré par la voie intramusculaire, à raison de quinze ou vingt injections quotidiennes, ce médicament n'a aucune toxicité appréciable.

Traitement de choix de l'ulcère calleux, il permet également la cicatrisation complète et rapide des ulcères géants d'apparition récente, forme qui frappe électivement les sujets âgés. Le Professeur J,-J. Dubarry l'a proposé et l'utilise de façon exclusive comme traitement d'épreuve pour faire le diagnostic différentiel entre ulcère et cancer gastrique.

Sans action directe sur les douleurs ulcéreuses, l'oxyferriscorbone doit être associée, dans le traitement d'attaque de la poussée, à des injections intraveineuses d'atropine-bromure. On peut, dans ce cas, utiliser le sang du malade pour dissoudre l'oxyferriscorbone et l'injecter par voie intramusculaire, renforçant ainsi les effets du traitement par ceux de l'auto-hémothérapie.

Résultats	U. calleux	U. récents	Total	Soit
Mauvais	2	5	7	10 %
Moyens	7	2	9	13 %
Bons	14	28	42	62 %
Excellents	6	4	10	15 %
Total	29	39	68	

Les trois quarts des malades ont vu leur existence absolument transformée par cette thérapeutique.

27, porteurs d'un ulcère calleux, auraient été irrémédiablement voués à une gastrectomie, avec tous les risques de séquelles qu'une telle intervention comporte.

Dans les cas où le malade doit être opéré, une série d'oxyferriscorbone pré-opératoire facilite la gastrectomie.

Médicament sans contre-indications, l'oxyferriscorbone a une action désinfiltrante de l'œdème inflammatoire périlésionnel, et cicatrisante, mais pas d'action antalgique. Elle rend l'ulcère calleux accessible à nouveau aux traitements habituels, elle le « rajeunit ».

ULCÈRES TRAITÉS PAR L'ASSOCIATION ATROPINE-BROMURE EN INJECTIONS INTRAVEINEUSES

Pour les périodes intensément douloureuses résistant aux traitements précédents, les injections intraveineuses d'atropine-bromure sont encore susceptibles d'amener un soulagement. Landau et Hejman, qui proposèrent cette thérapeutique en 1938, utilisèrent la formule suivante :

Sulfate neutre d'atropine	1 mg
Bromure de sodium	1 g
Eau distillée	10 cm³

Employée à cette forte dose et d'une manière répétée, l'atropine est souvent mal tolérée. Aussi, le Professeur J.-J. Dubarry a-t-il modifié chez la plupart de ces malades ces doses classiques. Il leur administre, par séries de dix injections, une ampoule quotidienne ou à jour passé, selon la formule :

Sulfate neutre d'atropine	0,5 mg
Bromure de sodium	1 g
Eau distillée	10 cm³

ou, mieux :

Sulfate neutre d'atropine	0,5 mg
Bromure de calcium	0,50 cg
Bromure de sodium	0,50 cg
Eau distillée	10 cm³ (1)

C'est parfois un traitement pré-opératoire. Mais associé au grand repos étendu et à un régime sévère, essentiellement lacté, il permet souvent d'éviter l'intervention et de revenir aux médications anti-ulcéreuses courantes. C'est également la thérapeutique la plus indiquée au cours des

(1) Formule spécialisée sous le nom de Dibromure d'atropine Blaque.

hémorragies ulcéreuses, associée d'abord à un traitement symptomatique de l'hémorragie et de l'anémie aiguë, puis suivie d'une série d'injections d'hormone parathyroïdienne, médicament sans action congestive, nous semble-t-il, sur la muqueuse gastrique. Enfin, l'atropine permet de lever les sténoses pyloriques spasmodiques. Ces complications : poussée hyperalgique, sténose, hémorragie, sont relativement rares chez des malades suivis régulièrement et traités correctement. Dans 17 cas sur 20, l'opération a pu être évitée, et le malade a continué d'être traité médicalement.

ULCÈRES SOUMIS A D'AUTRES TRAITEMENTS

Un petit nombre de malades a été traité de façon différente. Nous avons trop peu d'observations pour en tirer une interprétation valable.

Le Professeur J.-J. Dubarry a publié les résultats qu'il a obtenus en traitant diverses affections digestives par les vagolytiques de synthèse dérivés de l'ammonium quaternaire. Mais le recul de ces études n'atteint pas les trois ans que nous nous sommes fixés comme critère d'efficacité. Signalons seulement qu'avec le produit français [1] 22 cas d'ulcère ont été traités, dont 5 ont été influencés favorablement.

Une nouvelle thérapeutique est également à l'étude et est expérimentée actuellement sur la clientèle hospitalière du Professeur J.-J. Dubarry, la vitamine C à très forte dose, 1 à 2 g par jour. La médication n'est pas toujours parfaitement tolérée, entraînant des vertiges qui obligent parfois à reprendre une autre thérapeutique. D'autre part, il faut être sûr de la bénignité de la lésion, l'acide ascorbique étant susceptible de donner un coup de fouet à l'évolution d'une tumeur maligne.

Nous n'avons pas l'expérience des traitements nécessitant un repos prolongé et l'interruption de l'activité professionnelle, comme la cure de sommeil.

Au terme de cette étude thérapeutique, nous constatons pour chaque médicament des résultats aussi disparates que pour l'ensemble des cas traités. Le succès, en dehors de certaines indications précises que nous avons signalées, dépend moins du choix du médicament que de la façon

(1) Spécialisé sous le nom d'Antrényl.

dont l'ulcéreux est susceptible de réagir à la thérapeutique (peut-être aussi de la façon plus ou moins scrupuleuse dont l'ulcéreux suit le traitement et observe le régime).

Dans la deuxième partie de notre travail, nous allons essayer d'approfondir cette notion de terrain et d'en tirer les éléments d'un pronostic. Nous serons ainsi amené à souligner quelques notions étiologiques et pathogéniques.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

NOTIONS GÉNÉRALES

Comment définir le terrain ulcéreux ? Quels sont les éléments qui différencient l'ulcéreux d'un individu sain, en dehors de l'ulcère lui-même et de ses conséquences, c'est-à-dire en dehors des manifestations ulcéreuses et même avant la première manifestation ?

D'une façon constante, on peut noter une instabilité neuro-végétative. L'hyperchlorhydrie gastrique est loin d'être constante, du moins pour l'ulcère gastrique : il y a seulement une modification en plus ou en moins du taux normal de la chlorhydrie, et l'apparition de l'ulcère semble davantage liée à un dysfonctionnement neuro-végétatif qu'à une problématique agression de la muqueuse gastrique par le suc chlorhydro-peptique. Rappelons, à ce sujet, l'observation publiée en 1952 par le Professeur J.-J. Dubarry et G. Dubourg d'un ulcère calleux typique dans une poche gastrique fermée et aberrante (dysembriome de type choristome), dénuée de toute sécrétion chlorhydrique, observation qui s'inscrit en faux contre les conceptions qui font intervenir dans la genèse de l'ulcère l'activité peptique du suc gastrique.

Peut-on trouver, à l'origine de ce dysfonctionnement neuro-végétatif, des facteurs décelables dans les antécédents personnels ou familiaux de nos malades ? L'étude de ces antécédents personnels et familiaux permet quelques remarques étiologiques particulièrement intéressantes.

Remarques concernant le sexe

Tous les auteurs ont remarqué que la maladie frappe inégalement les deux sexes. Chez nos malades de ville et d'hôpital, pour lesquels aucune sélection n'intervient, nous avons, en effet, trouvé une proportion de 701 hommes pour 173 femmes, se répartissant ainsi :

Sexe	U. gastr.	U. duod.	U. doubles	U. rares
Hommes	158	464	25	54
Femmes	67	98	6	2

Soit environ une femme pour quatre hommes. Nous verrons plus loin quelle est, à nos yeux, la signification de ces chiffres.

Remarques concernant la race

Sur nos 874 malades de ville et d'hôpital, 63 sont d'origine espagnole certaine, soit environ 7 %, proportion supérieure à celle des Espagnols par rapport à l'ensemble de la population du Sud-Ouest. Nous voyons là plutôt la manifestation d'une prédisposition raciale que le résultat de certaines habitudes alimentaires : la nourriture des Espagnols est généralement frugale, mais épicée et grasse; ils sont presque toujours très sobres. Peut être intervient aussi chez certains d'entre eux un élément psychique : inadaptation à leur condition d'exilés politiques.

Remarques concernant l'age

Le caractère cyclique des manifestations ulcéreuses et l'existence de périodes de latence parfois très prolongées font qu'il a parfois été difficile de faire préciser par les malades l'époque à laquelle ils ont ressenti les premiers symptômes. Une autre difficulté est particulière aux ulcères associés : aux troubles digestifs d'un dyspeptique fort

ancien se superposent un jour, plus ou moins nettement, des douleurs plus intenses, dont l'évolution prend un caractère périodique. L'examen radiologique montre alors une image pathognomonique. Parfois la transformation des signes subjectifs est suffisamment marquée pour qu'il n'y ait aucun doute; certains malades avaient même été radiographiés avant l'apparition de l'ulcus, et il est possible de comparer les clichés. Mais dans d'autres cas, les troubles associés camouflent complètement les manifestations ulcéreuses; il n'y a pas de clichés antérieurs : rien ne permet alors de fixer la date à laquelle l'ulcère s'est constitué.

Aussi, n'avons-nous retenu dans le tableau ci-dessous, parmi nos malades de ville et d'hôpital, que les cas où l'on a pu la préciser avec exactitude.

Age	U. gast.	U. duod.	U. doub.	U. rares	Total
0 à 10 ans	0	5	0	0	5
10 à 20 —	5	62	5	1	73
20 à 30 —	13	122	6	9	150
30 à 40 —	32	102	6	21	161
40 à 50 —	24	66	3	12	105
50 à 60 —	32	24	0	5	61
60 à 70 —	30	8	2	1	41
70 et plus	9	1	0	1	11
				Total	597

Un tel tableau n'apporte que peu de renseignements : si, ainsi que nous le développerons plus loin, l'ulcère est souvent secondaire à certaines affections, sa date d'apparition dépend essentiellement de celle de l'élément favorisant.

Rôle de l'hérédité et considérations génétiques

Les observations de malades de ville et d'hôpital dont nous disposons ont été l'objet d'une étude statistique de l'hérédité :

Sur 800 cas d'ulcère, le Professeur J.-J. Dubarry a noté un minimum de 50 familles dans lesquelles coexistent par filiation directe deux ou plusieurs cas d'ulcères. L'étude statistique et le calcul des probabilités viennent apporter la preuve mathématique qu'il ne s'agit pas de simples coïncidences dues au hasard. Les chiffres obtenus impliquent au contraire que l'ulcère gastro-duodénal est une maladie toujours héréditaire. Mais il s'agit d'une hérédité récessive; aussi, les parents peuvent-ils être le plus souvent d'apparence saine et les cas d'ulcère peuvent-ils paraître isolés, sporadiques. Cette hérédité est liée au sexe : deux paires de gènes pathologiques semblent nécessaires, dont une paire liée aux chromosomes sexuels, ce qui explique la nette prédominance des ulcères chez l'homme.

Cette hérédité ulcéreuse apparaît donc comme une prédisposition obligatoire à la maladie. Mais elle est insuffisante à elle seule pour la déclencher et amener le retour des poussées ulcéreuses : la transmission héréditaire des gènes pathologiques doit être révélée par des facteurs extrinsèques à l'hérédité, propres à l'individu ou émanant du milieu ambiant.

Si, dans certains cas, il est difficile de mettre en évidence les facteurs favorisants qui ont pu intervenir, il est fréquent de voir la lésion se développer consécutive ou associée à d'autres affections dont les rapports avec l'ulcère méritent d'être discutés.

Dans le premier cas, les poussées ulcéreuses sont provoquées par une cause inapparente, et l'ulcère constitue à lui seul toute la maladie. Le Professeur J.-J. Dubarry a proposé d'appeler cette forme l' « ulcère-maladie ». Dans

le second cas, l'ulcère est la conséquence d'une épine irritative visible, dont la persistance rend l'ulcère moins accessible à la thérapeutique : cette forme est l' « ulcère-syndrome ».

Nous avons noté 469 ulcères-syndromes contre 892 ulcères-maladies, soit, en gros, un tiers contre deux tiers.

Nous allons maintenant essayer de préciser cette notion d'ulcère-syndrome en étudiant les associations morbides des ulcères gastro-duodénaux.

ASSOCIATIONS MORBIDES DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Il ne saurait être question d'énumérer toutes les maladies qui peuvent se rencontrer chez les ulcéreux, mais seulement d'étudier celles qui se rencontrent chez eux avec une particulière fréquence, et celles que des considérations de pathologie générale ou des recherches expérimentales ont montrées dignes d'être retenues.

Tantôt l'ulcère évolue sur un terrain digestif, tantôt il a été précédé d'affections non digestives.

Nous nous proposons d'étudier le rôle des affections digestives suivantes :

Gastrite;
Affections hépato-biliaires;
Malformations duodénales;
Diverticulose digestive;
Hernie diaphragmatique;
Petites hernies douloureuses, épigastriques ou ombilicales;
Affections coliques;
Parasitoses digestives;
Appendicite chronique.

Parmi les affections non digestives, nous envisagerons non point toutes celles qui ont été incriminées dans la genèse de l'ulcère, mais seulement que nous avons pu noter chez nos malades :

Etats allergiques, intolérances;
Dysendocrinies;
Infections chroniques : tuberculose pulmonaire.

ULCÈRES ET AFFECTIONS DIGESTIVES

Ulcère et gastrite

168 de nos ulcéreux sont atteints d'une gastrite avérée. Nous n'envisageons pas ici les inflammations satellites, réactions antrales ou duodénites, mais seulement la gastrite qui apparaît cliniquement et radiologiquement comme une affection indépendante de l'ulcère, ayant ses manifestations propres et nécessitant une thérapeutique particulière. Certains malades ont subi un examen gastroscopique. Souvent le chimisme gastrique a été étudié, soit après injection d'histamine, soit après prise *per os* de benzyl-imidazoline.

134 gastrites coïncident avec un ulcère duodénal, 30 avec un ulcère gastrique, 4 avec un ulcère double, gastrique et duodénal. Dans 86 cas, l'origine éthylique paraît indiscutable, 9 malades présentent même des signes de cirrhose. D'autres associations coïncident souvent avec la gastrite : affections hépato-biliaires, appendicite chronique, colites, cholécystopathies. Notons l'importance particulière de l'état de la bouche, de la si fréquente mauvaise denture à la pyorrhée alvéolo-dentaire, dont le rôle est à rapprocher de celui de toutes les suppurations rhino-pharyngées.

De quelle nature sont les rapports de l'ulcère et de la gastrite ? Si Konjetzny et les auteurs allemands font de la gastrite le support indispensable de l'ulcère, il paraît certain, comme l'a souligné Gutmann, que de nombreux ulcères apparaissent sans qu'il y ait cliniquement, radiologiquement ni gastroscopiquement de gastrite décelable. Nous pensons, pour notre part, que la gastrite, chez un sujet prédisposé, et seulement chez un sujet prédisposé, peut entraîner l'apparition d'un ulcère.

Parfois, nous pouvons assister radiologiquement à la naissance de l'ulcus : un examen radiologique, pratiqué pour des troubles dyspeptiques, ne montre qu'un état inflammatoire gastro-duodénal. Un deuxième examen radiologique montre, au contraire, une image ulcéreuse caractéristique. Cliniquement, il est des cas où préexistait au syndrome ulcéreux un fond dyspeptique, avec des troubles d'allure gastritique : pesanteurs précoces, brûlures épigastriques et pyrosis, évoluant sans périodicité. Sans doute, peut-on alors objecter que l'ulcère, au début, n'a pas sa physionomie clinique typique. Cela n'a jamais été démontré. Il semble même qu'il y ait moins d'ulcères à forme gastritique que de gastrites à allure ulcéreuse : les gastro-duodénites vagotoniques peuvent, en effet, revêtir l'allure clinique typique d'un ulcère.

Chez les gastritiques, la chlorhydrie est perturbée, généralement par excès, mais souvent aussi par défaut; deux de nos malades se sont même montrés, après épreuve à l'histamine, complètement anachlorhydriques.

Il semble impossible, pour de tels ulcères, d'attribuer un rôle quelconque à l'action peptique du suc gastrique.

Ulcères et affections hépato-biliaires

Particulièrement fréquents apparaissent les troubles hépato-biliaires. Certaines manifestations sont sans doute secondaires à l'apparition de l'ulcère. D'autres l'ont précédée, et même parfois de longue date : c'est le cas pour 148 de nos malades, soit près de 11 %.

Dix fois l'examen radiologique, ou l'intervention, a montré l'existence d'une lithiase que l'histoire clinique permet de considérer comme antérieure à l'ulcère. Celui-ci est treize fois gastrique et trois fois duodénal.

L'ulcus est apparu 17 fois après une cholécystite, 12 fois duodénal, 4 fois gastrique, et dans 1 cas il y avait 2 ulcères : l'un gastrique et l'autre duodénal.

Mais 112 malades présentaient des troubles fonctionnels anciens, dysfonctionnements des voies biliaires objectivés par l'étude radiologique de l'évacuation vésiculaire et par le tubage duodénal minuté. 91 fois l'ulcère était duodénal, 18 fois gastrique, 3 fois double.

Cliniquement, l'atteinte organique ou fonctionnelle des voies biliaires masque souvent les symptômes caractéristiques de l'ulcus : il s'agit de malades souffrant depuis longtemps, de façon subcontinue, ou tout au moins sans périodicité nette, avec des exacerbations irrégulières; la douleur, sous-costale droite, s'irradie vers l'épaule. Le point vésiculaire est douloureux en toutes positions. En outre, on note chez eux un état saburral et des intolérances alimentaires caractéristiques : œufs, lait, graisses... Il est souvent difficile, même par un interrogatoire minutieux, de distinguer la part des crises purement ulcéreuses.

On pouvait noter, dans les antécédents de 23 malades, un ictère ayant précédé 18 fois un ulcère duodénal, 4 fois un ulcère de la petite courbure gastrique et, dans 1 cas, un ulcère de la deuxième portion du duodénum.

Rappelons, enfin, les 9 états cirrhotiques déjà signalés à l'occasion des gastrites éthyliques.

Ulcères et malformations duodénales

L'examen radiologique peut révéler une anomalie de fixation du duodénum : dans la grande majorité des cas, la première portion du duodénum seule, anormalement longue, n'est pas adhérente au plan pariétal postérieur.

Elle n'est reliée à lui que par un méso, et conserve une certaine mobilité. C'est le duodénum mobile initial, que nous avons trouvé chez 17 de nos malades, tous porteurs d'un ulcus duodénal. Celui-ci siégerait donc avec prédilection dans la région même où la malformation entraîne une duodénite par stase.

Ulcères et diverticules digestifs

7 malades étaient porteurs de diverticules duodénaux; 6 avaient un ulcère duodénal, l'un d'eux un ulcère gastrique. Nous ne voulons parler ici que des diverticules authentiques, et non des recessus et images pseudo-diverticulaires satellites de l'ulcère. Mais les diverticules vrais ne sont-ils pas eux-mêmes liés à la présence de l'ulcère ? On pourrait supposer que la dyskinésie déterminée par le voisinage de l'ulcus peut favoriser la hernie de la muqueuse à travers les autres plans de la paroi duodénale. Mais cette hernie, dont la traduction est le diverticule, n'est possible que grâce à une défaillance primitive de la musculeuse. Les diverticules duodénaux sont rarement le siège d'inflammation, mais ne peuvent-ils pas entraîner, par leur présence, une dyskinésie duodénale, facteur de spasmes et de stase ? Ainsi apparaîtrait une duodénite dont l'aboutissant serait l'ulcère.

Si nous envisageons ensemble les rapports avec l'ulcère de tous les diverticules digestifs, c'est que la défaillance de la tunique musculeuse n'est pas toujours limitée au duodénum seul, et qu'elle intéresse simultanément plusieurs segments du tube digestif, comme c'est le cas pour un de nos malades. Réciproquement, il paraît intéressant de noter un cas de diverticulose colique, un cas de diverticule œsophagien et un cas de diverticule gastrique.

Ulcères et hernies diaphragmatiques

Signalons l'association particulièrement intéressante de l'ulcère, dans ce cas toujours gastrique, avec une hernie diaphragmatique. Nous l'avons rencontré 5 fois. Chaque fois ces malades sont venus consulter pour un syndrome ulcéreux typique. L'interrogatoire ou l'examen permet parfois de découvrir des signes particuliers à la hernie : l'un de nos malades avait une anémie marquée, un autre de la

dyspnée, mais dans trois cas la découverte de la hernie fut une trouvaille radiologique.

La hernie joue à nos yeux un rôle certain dans la production et la localisation de l'ulcère qui est toujours gastrique.

Ulcères et hernies épigastriques ou ombilicales

Il nous paraît justifié de considérer une petite hernie épigastrique ou ombilicale douloureuse comme capable de jouer le rôle d'épine irritative du plexus solaire voisin. Nous avons rencontré 32 hernies épigastriques et 23 hernies ombilicales. Sur ces 55 cas, 50 concernaient un ulcère duodénal.

Ulcères et affections coliques

24 ulcéreux étaient porteurs d'un mégadolichocôlon très important. 22 d'entre eux avaient un ulcère du bulbe duodénal. A notre connaissance, peu d'auteurs ont signalé cette association. Pourtant, semble-t-il, elle n'est pas l'effet d'un simple hasard : ces modifications du côlon ont à leur origine un trouble fonctionnel, résultat d'une perturbation neuro-végétative. Comme nous l'avons dit, ces perturbations sont constantes chez les ulcéreux. Il est intéressant de noter la nette prédominance, chez ces malades, de la localisation duodénale.

Ulcères et parasitoses digestives

Dans sa thèse (1946) inspirée par le Professeur J.-J. Dubarry, Mur analysait 18 observations d'ulcères gastro-duodénaux chez des amibiens. Nous avons retrouvé cette association chez 33 malades. Il nous paraît possible de rapprocher de ces 33 cas 13 cas de lambliase intestinale.

Ces protozoaires sont fréquemment à l'origine de syndromes dyspeptiques, duodénites ou dyskinésies duodénales qui nous paraissent susceptibles de faire le lit de

l'ulcère : les trois quarts de nos 46 porteurs de parasites présentaient, avant l'apparition du syndrome ulcéreux, des troubles digestifs flous, mais généralement tenaces. 39 fois l'ulcère était duodénal, et 7 fois seulement gastrique.

Rien ne distingue, au point de vue clinique, cette forme d'ulcère, en dehors de l'association fréquente de manifestations colitiques ou hépato-biliaires habituellement mineures. Un grand intervalle sépare toujours le début des troubles d'origine parasitaire de la première poussée ulcéreuse. La parasitose entraîne indéniablement une irritation permanente du système nerveux végétatif et nous paraît capable, chez des sujets prédisposés, de provoquer l'éclosion de la lésion ulcéreuse. Comme chez les porteurs de dolicho-mégacôlon, l'ulcère est ici le plus souvent duodénal.

Ulcère et appendicite chronique

28 malades avaient dans leurs antécédents, non pas seulement des troubles qualifiés d'appendicite chronique, mais une appendicite chronique cliniquement certaine et confirmée à l'intervention. Nous n'avons pas tenu compte, en particulier, des malades qui, une fois opérés, ont continué à présenter les troubles qui avaient fait décider l'intervention. Les rapports de l'ulcère gastro-duodénal avec l'appendicite chronique ont été signalés et discutés depuis longtemps. Cette affection nous paraît une épine irritative suffisante pour entraîner non seulement une périviscérite du carrefour supérieur, mais même un ulcère, dont la localisation est, du moins chez nos malades, toujours duodénale. Il semble bien que les irritations neuro-végétatives à point de départ intestinal, qu'elles soient liées à des troubles inflammatoires, parasitaires ou purement fonctionnels, aient un retentissement duodénal plutôt que gastrique.

ULCÈRES ET AFFECTIONS NON DIGESTIVES

Certaines maladies générales ont un net retentissement digestif et peuvent entraîner des troubles dyspeptiques variés. Nous pensons qu'il est intéressant de rechercher parmi ces affections celles que l'on trouve associées à l'ulcère.

Ulcères et affections endocriniennes

Les rapports de l'ulcère avec toutes les glandes endocrines ont été discutés : l'hypophyse, les parathyroïdes, les surrénales. Pour notre part, nous avons noté 16 fois de gros troubles par ménopause naturelle ou chirurgicale, précédant l'apparition d'un ulcère, toujours duodénal. L'action anti-ulcéreuse de la folliculine a été naguère affirmée par Constantin, puis par Parade, et cette hormone a été proposée comme médication anti-ulcéreuse. Nous avons vu, à propos de l'hérédité de l'ulcère, que si la femme est moins souvent atteinte que l'homme par la maladie ulcéreuse, cette différence semble liée à des facteurs héréditaires et non à une action de prévention contre l'ulcère de sécrétions internes, quelles qu'elles soient. Nous pensons plutôt que, dans l'association ulcère et troubles endocriniens génitaux, ce n'est pas l'action directe d'une perturbation du taux de la folliculine dans le sang qui favorise l'apparition de l'ulcus, mais le retentissement neuro-végétatif de cette perturbation.

Une autre affection endocrinienne entraîne d'importants troubles neuro-végétatifs, c'est la maladie de Basedow. Or, nous l'avons recontrée 5 fois, toujours associée à un ulcère duodénal.

Ulcères et maladies infectieuses chroniques

L'idée d'une origine syphilitique de l'ulcère est aujourd'hui abandonnée. Le Professeur J.-J. Dubarry a fourni, en 1946, une mise au point de cette question dans un travail en collaboration avec le Professeur P. Joulia.

Bien que la tuberculose ne soit pas non plus à incriminer directement, nous constatons que, chez 12 de nos malades, une tuberculose pulmonaire active est associée à l'ulcère : ce chiffre a une valeur indicatrice bien faible; il mérite cependant d'être souligné en raison de la fréquence toujours plus grande de la tuberculose chez les gastrectomisés.

Ulcères et affections allergiques

Malgré le petit nombre d'associations d'ulcère avec des affections allergiques, nous tenons à signaler l'association curieuse, chez 2 malades, d'un eczéma qui disparaissait lors des poussées ulcéreuses pour réapparaître ensuite. Relevons 6 asthmatiques et 12 femmes ayant de gros accès de migraine vraie.

FACTEURS DÉCLENCHANTS DANS LES ULCÈRES-MALADIES

Si les affections ayant un retentissement sur le système nerveux viscéral nous paraissent jouer un rôle capital dans la genèse de certains ulcères, il est impossible, pour les deux tiers des malades, de mettre en évidence une maladie de cet ordre.

Un individu en apparence sain peut, sous l'influence d'émotions, de traumatismes, de surmenage physique ou intellectuel, de facteurs affectifs, présenter des perturbations transitoires, mais brusques et intenses du tonus nerveux viscéral.

Tous les auteurs ont signalé le rôle de ces facteurs dans l'apparition des poussées ulcéreuses. Nous ne les analyserons pas systématiquement chez nos 1.300 malades, puisque ces notions sont généralement admises. Nous en avons rencontré chez eux de nombreuses et probantes observations.

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

L'opposition que nous avons voulu souligner entre ulcère-maladie et ulcère-syndrome n'a pas seulement un intérêt spéculatif. L'étude du devenir lointain des ulcéreux montre, au contraire, que le pronostic de chacune de ces deux formes est différent : il est nettement plus défavorable pour l'ulcère-syndrome, même lorsque l'ulcère et l'affection associée sont traités simultanément d'une façon correcte.

Envisagés dans leur ensemble, les résultats thérapeutiques obtenus peuvent être ainsi résumés :

	Ulcères-maladies				
Résultats	U. G.	U. D.	U. doub.	Total	Soit
Mauvais	18	50	4	72	27 %
Moyens	15	55	1	71	26 %
Bons	35	70	4	109	41 %
Excellents	6	10	0	16	6 %
Total	74	185	9	268	

	Ulcères-syndromes				
Résultats	U. G.	U. D.	U. doub.	Total	Soit
Mauvais	21	74	7	102	38 %
Moyens	16	70	4	90	33 %
Bons	17	48	0	65	24 %
Excellents	5	9	0	14	5 %
Total	59	201	11	271	

Nous remarquons que les ulcères-syndromes sont moins accessibles à la thérapeutique. Mais nous voyons aussi que, sans que rien ne l'ait laissé prévoir, certains ulcères-maladies n'ont pas réagi non plus au traitement : comme l'a souligné le Professeur J.-J. Dubarry, le potentiel évolutif de la maladie ulcéreuse varie à l'infini d'un cas à l'autre.

CONCLUSIONS

Au terme de cet exposé, il nous paraît possible de formuler les conclusions suivantes :

L'ulcère gastro-duodénal, affection essentiellement médicale, ne réagit pas toujours de la même façon à la thérapeutique. Le pronostic dépend, pensons-nous, de divers facteurs : d'un facteur individuel, impossible à évaluer, d'un facteur thérapeutique, une thérapeutique bien conduite paraissant, dans certains cas, agir sur l'évolution générale de la maladie, et d'un facteur étiologique.

Il nous paraît justifié, en effet, d'opposer deux formes de la maladie ulcéreuse :

— L'ulcère-maladie, ulcère qui survient chez un sujet sain en apparence, et qui constitue à lui seul toute la maladie;

— L'ulcère-syndrome, observé chez des sujets ayant un terrain déjà anormal, et qui évolue parallèlement à d'autres affections.

Mais, de toutes façons, nous croyons à la nécessité d'une prédisposition héréditaire, ainsi que l'a montré, à propos des mêmes malades, notre Maître, le Professeur J.-J. Dubarry. Prédisposition obligatoire, elle semble insuffisante à elle seule pour déclencher la maladie et amener le retour des poussées ulcéreuses : les antécédents et les affections associées jouent vraisemblablement, dans certains cas, le rôle de facteurs révélateurs.

Il ne semble pas y avoir un seul traitement de la maladie ulcéreuse. Certaines médications paraissent plus

favorables pour écourter les poussées douloureuses, d'autres semblent mieux agir sur l'évolution générale de la maladie. Parmi les unes et les autres, après dix-sept ans d'expérience clinique, aucune ne paraît s'imposer de façon exclusive.

A longue échéance, 32 % des malades ont dû subir une intervention, gastrectomie presque toujours. Nous manquons d'éléments pour apprécier les résultats postopératoires lointains.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J.-J. DUBARRY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 Mai 1954.
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Les travaux concernant l'étiologie et la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal étant innombrables, nous ne rappelons dans cette bibliographie que les ouvrages auxquels il est fait expressément allusion dans le texte. C'est la raison de la grande place faite aux travaux de l'école bordelaise, et en particulier à ceux de notre Maître, le Professeur J.-J. DUBARRY et de ses élèves, qui ont été effectués dans le même esprit que notre thèse.

I. — THÉRAPEUTIQUE

DAMADE, R., De quelques acquisitions récentes dans le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. *Gazette Médicale de France*, 15 avril 1931, n° 8.

DUBARRY, J.-J., Formulaire gastro-entérologique du praticien. Doin & C^ie^, édit., Paris, 1949.

— Traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Revue médicale de l'Agenais*, janvier-février 1946.

— Essai de traitement des ulcères calleux par la Ferriscorbone. *Arch. Malad. App. Dig.*, novembre-décembre 1943, **32.**

— Traitement des ulcères. Rapport au I^er^ Congrès européen de Gastro-Entérologie, Lausanne, 1948.

— Des surprises de l'évolution de la maladie ulcéreuse et les incertitudes de la conduite à tenir. *Journ. Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, mars 1949, **126,** 112-116.

— Réponse à M. R. DUPUY au sujet de son article : « Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux ». *Rev. du Praticien*, 1^er^ décembre 1951, **3,** 440.

DUBARRY, J.-J. & DUBARRY, E., Essai de traitement par la Banthine de divers états dyspeptiques graves et rebelles. Soc. Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, 21-22 février 1953; in *Arch. Malad. App. Dig.*, juillet-août 1943, **42,** 1018.

DUBARRY, J.-J., DUBARRY, E. & LAQUERLER, Y., Essai de traitement par l'Antrényl de diverses affections digestives. Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, Toulouse, 5 décembre 1953.

DUBARRY, J.-J. & FRAPIN, G., Histaminothérapie à faible dose dans les ulcères gastro-duodénaux. Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 17 juin 1938.

Dubarry, J.-J. & Rumeau, P., Dix ans de traitement des ulcères calleux de la portion verticale de la petite courbure par l'Oxyferriscorbone sodique. Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, 28 mai 1949; in *Arch. Malad. App. Dig.*, novembre-décembre 1949, **38**, 1218.

Duluc, J.-B., Contribution à l'étude du traitement des ulcères digestifs par les extraits injectables de muqueuse gastrique et duodénale. Thèse de Méd., Bordeaux, 1950.

Dupuy, R., Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. *Rev. du Praticien*, 1er octobre 1951, **1**.

Etcheverrigaray, M. J. R., Contribution à l'étude des ulcères de la face postérieure de l'estomac. Thèse de Méd., Bordeaux, 1945.

Frapin, G., Essai de traitement des ulcères gastro-intestinaux par l'histamine. Thèse de Méd., Bordeaux, 1938.

Gutmann, R. A., Syndrome douloureux de la région épigastrique. 4e édit., Doin & Cie, édit., Paris, 1947.

— Critères de guérison dans les ulcères gastriques et duodénaux. *Presse Médicale*, 21 octobre 1931.

Hillemand, P., Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum. Flammarion, édit., Paris, 1950.

Laureux, A., Etude clinique des ulcères de la grande courbure gastrique. Thèse de Méd., Bordeaux, 1949.

Lequerler, Y., Traitement des ulcères gastro-duodénaux par la vitamine C à forte dose. Thèse de Méd., Paris, 1952.

Landau, A. & Hejman, W., Therapy of ulcer of stomach and duodenum by intraveinous injections of sodium bromide and atropine. *Polska Gazeta Lekarska, Lwow*, 1938-1939.

Loubet, J., Quelques traitements nouveaux des poussées ulcéreuses gastro-duodénales rebelles : la novocaïne intra-péritonéale et les injections intraveineuses d'atropine-bromure de sodium. Thèse de Méd., Bordeaux, 1943.

Mathio, M., Contribution à l'étude de l'ulcère du canal pylorique. Thèse de Méd., Bordeaux, 1950.

Moutier, F., Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'association bromure-atropine en injections intraveineuses. *Bulletin de la Société de Gastro-Entérologie de Paris; Arch. Malad. App. Dig.*, mars 1944, **33**.

Moutier, F. & Camus, Recherches sur le traitement de l'ulcère de l'estomac par l'hormone parathyroïdienne. *Arch. Malad. App. Dig.*, décembre 1929, **18**.

II. — ÉTIOLOGIE

Brodin, P., Tedesco, Mme, & Flandin, Ch., Ulcères gastro-duodénaux d'origine appendiculaire. *Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 mars 1936.

Caroli, J., Ulcères gastro-duodénaux d'origine hépato-biliaire. Soc. Nat. française de Gastro-Entérologie, 7 et 8 juin 1953, Paris; in *Arch. Malad. App. Dig.*, novembre 1953, **43.**

Cushing, Peptic ulcer and the interbrain. *Surg., Gyn. and Obst.*, juillet 1932.

Dubarry, J.-J., Pisot, Ch., Rigallaud, J. & Lequerler, Y., Etude statistique de l'hérédité dans l'ulcère gastro-duodénal, et essai sur la génétique de la maladie ulcéreuse. Soc. Nat. française de Gastro-Entérologie, séance des 7 et 8 juin 1953; in *Arch. Malad. App. Dig.*, novembre 1953, **42,** 1222-1226.

Dubarry, J.-J. & Dubourg, G., Antro-pyloro-bulbites vagotoniques pseudo-ulcéreuses. *Arch. Malad. App. Dig.*, juillet-août 1948, **37.**

Dubarry, J.-J. & Joulia, P., La syphilis viscérale tardive. Expansion scientifique française, Paris, 1946.

Dubarry, J.-J., Rumeau, P. & Janet, J., Considérations statistiques et pronostiques sur les ulcères d'une consultation à la S. N. C. F. Ulcère-maladie et ulcère-syndrome. Soc. de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest, Toulouse, 5 et 6 décembre 1953.

Dubarry, J.-J., Lequerler, Y. & Janet J., A propos de l'étiologie des ulcères digestifs : ulcère-maladie et ulcère-syndrome. Société Nationale française de Gastro-Entérologie, séance des 7 et 8 juin 1953; in *Arch. Malad. App. Dig.*, novembre 1953, **42.**

Grégoire, R., Hernie épigastrique et ulcère gastrique. Société de Chirurgie, 5 juillet 1931.

Konjetzny, Cur. Chir. Gastrite. *Arch. Klin. Chir.*, 1928, p. 370.

Levrat, M., Brette, R. & Richard, M., Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connue chez l'homme. Rapport aux Journées des gastro-entérologues français, 7 et 8 juin 1953; in *Arch. Malad. App. Dig.*, avril 1953, **42.**

Moreau, J.-L., Réflexions sur les ulcères gastro-duodénaux. A propos de l'étude des antécédents et des affections associées dans 180 cas. Thèse de Méd., Bordeaux, 1942.

Mur, R. M., L'ulcère gastro-duodénal des amibiens. Thèse de Méd., Bordeaux, 1946.

Parade, Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les hormones sexuelles. *Therap. der Gegenw.*, 1940, fasc. 3.

Pélissier, H., Ulcères gastro-duodénaux récents chez les vieillards. Thèse de Méd., Bordeaux, 1945.

Roux, J. Ch., Le côlon chez les malades atteints d'ulcère gastro-duodénal. *Rev. Méd. de France*, octobre 1934.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.